

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2019.18.025
文章编号: 1005-8982 (2019) 18-0122-03

临床报道

阑尾引起机械性肠梗阻 2 例

吴钊, 程华, 沈威, 李镇伽

(南昌大学第二附属医院 胃肠外科, 江西 南昌 330006)

摘要: **目的** 探讨阑尾引起的机械性肠梗阻的临床特点。**方法** 回顾分析南昌大学第二附属医院收治的 2 例因阑尾粘连致使机械性肠梗阻的临床资料。**结果** 该类型机械性肠梗阻在临床上比较罕见, 术前诊断困难, 常常会因为急性症状掩盖原发病的症状, 结合辅助检查的同时详细询问病史有助于提高术前诊断率, 为尽早手术赢得时间。**结论** 增加对该类机械性肠梗阻的认识, 为术前诊断提供新的思路。早期手术治疗是解除梗阻关键且唯一有效的方法。

关键词: 阑尾; 肠梗阻; 扭转, 机械性; 囊腺瘤, 粘液

中图分类号: R656.7; R656.8

文献标识码: B

机械性肠梗阻在临床上较多见, 引起机械性肠梗阻的原因非常多, 但是因阑尾粘连卡压肠管引起的机械性肠梗阻比较罕见, 现将南昌大学第二附属医院近期出现的 2 例阑尾引起的机械性肠梗阻报道如下。

1 临床资料

男性患者, 79 岁。因腹痛、腹胀伴肛门停止排气排便 5 d 入住当地医院。患者于 5 d 前无明显诱因出现腹痛腹胀, 腹痛呈持续性, 不向其他部位放射, 伴有腹胀不适持续不能缓解, 无畏寒、发热, 无恶心、呕吐, 无血便、黑便等, 于当地医院经胃肠减压、抗感染、补液及对症支持治疗无效后转入南昌大学第二附属医院。起病以来, 患者未排气排便。入院查体: 体温 36.5℃, 心率 91 次/min, 呼吸 20 次/min, 血压 177/61 mmHg。全腹膨隆, 腹软, 全腹压痛、无反跳痛, 未触及包块, 腹部叩诊鼓音, 移动性浊音(-)。肠鸣音弱。辅助检查: 全腹部 CT 检查显示升结肠管壁不均匀增厚伴近段肠管梗阻(见图 1)。血常规: 白细胞计数 $10.24 \times 10^9/L$, 中性粒细胞比例 82.5%。入院后予以禁食、胃肠减压、灌肠、抑酸护胃、抑酶、抗感染及营养支持治疗后, 患者腹胀、腹痛持续加重, 经与家属沟通后, 于 2019 年 1 月 17 日在全身麻醉下行剖腹探查术, 术中见腹腔约 500 ml 淡黄色腹水, 探查肠管发现距回盲部 2 cm 处阑尾环绕小肠 1 周, 阑

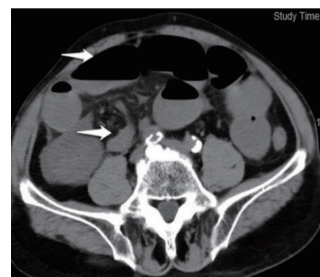
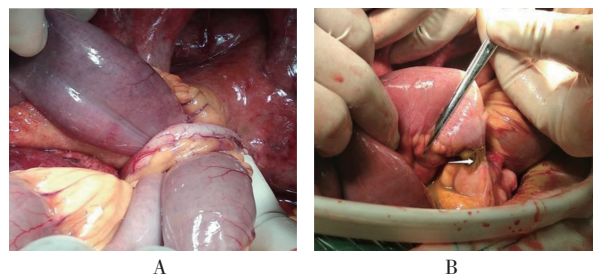


图 1 术前 CT 图

尾尖端附着于后腹膜形成一缩窄环(见图 2A), 近端小肠明显扩张充血, 远端部分肠管充血水肿, 术中诊断机械性肠梗阻。松解阑尾尖端, 见卡压带下小肠穿孔, 肠内容物流出(见图 2B)。行近端肠管切开减压, 切除坏死段小肠和包括回盲瓣在内部分结肠后, 行回肠-升结肠端侧吻合术。术后予以常规抗感染、胃肠减压、补液及营养支持等治疗, 15 d 后患者康复出院。



A: 阑尾粘连形成缩窄环; B: 松解后见小肠穿孔。

图 2 手术图

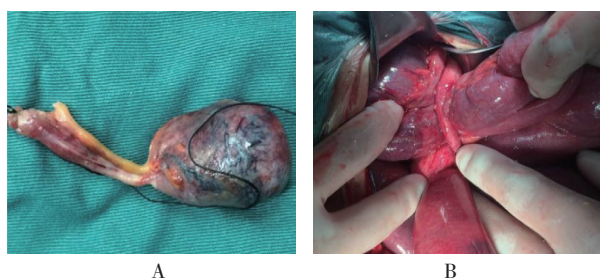
收稿日期: 2019-03-30

[通信作者] 程华, E-mail: chengh6319@sina.com; Tel: 18720097898

男性患者, 76 岁, 因间歇性腹痛伴肛门停止排气排便 38 h 入南昌大学第二附属医院急诊科。既往体健, 无腹部手术史。入院查体: 腹部膨隆, 未见胃、肠型及蠕动波, 未见腹壁静脉曲张, 腹软, 脐周轻压痛、无反跳痛, 未触及包块, Murphy 征阴性, 肝脏肋下未及, 脾脏肋下未及。肝区肾区无叩痛, 腹部叩诊鼓音, 移动性浊音 (-)。肠鸣音亢进。辅助检查: 全腹 CT 示小肠肠袢扩张, 提示小肠梗阻 (见图 3)。血常规: 白细胞计数 $18 \times 10^9/L$, 中性粒细胞比例 91%。予以胃肠减压、补液等对症支持治疗后, 急诊行剖腹探查术, 术中见腹腔内少量腹水, 小肠肠管明显扩张, 探查肠管触及阑尾末端有一大小约 $4.0 \text{ cm} \times 2.5 \text{ cm} \times 2.5 \text{ cm}$ 囊性肿块, 形如棒槌 (见图 4A), 肿块绕过回肠附着于右侧结肠旁沟, 形成一卡压环, 回肠呈 U 形被卡于环内, 两端肠管扩张充血 (见图 4B)。术中诊断机械性肠梗阻, 行阑尾切除, 肠切开减压, 判断肠管血运尚可后, 关腹。术后病理诊断为阑尾黏液囊腺瘤。术后第 10 天患者康复出院。



图 3 术前 CT 图



A: 棒槌样阑尾黏液性囊腺瘤; B: 阑尾形成缩窄环。

图 4 手术图

2 讨论

引起机械性肠梗阻的原因有很多, 但因阑尾粘连形成缩窄环卡压肠管造成的机械性肠梗阻比较罕见, 也是临床上难以料想的梗阻原因。79 岁男性患者中术前 CT 显示梗阻部位位于回盲部, 结合患者高龄,

笔者的思路被带向了肠道肿瘤的方向, 直至行剖腹探查后才查明真正原因, 正常情况下, 阑尾位于右髂窝内, 其根部较恒定的固定于盲肠后内侧壁, 但其尖端游离。阑尾慢性炎症反应可使其尖端与周围形成粘连, 不同的是本例中阑尾绕过肠管后与后腹膜粘连, 自然形成了一缩窄环。如果术前有充足的时间完善肿瘤三维血管成像, 或许能明确排除肠道肿瘤的可能, 为及时的手术治疗争取到时间。76 岁男性患者中黏液性囊腺瘤常见于卵巢, 极少发生于阑尾。有文献报道阑尾黏液性囊腺瘤仅占阑尾手术切除标本的 0.3%^[1]。阑尾黏液性囊腺瘤环绕肠管致使机械性肠梗阻在临床上更少见。阑尾黏液性囊腺瘤临床表现不典型, 术前诊断率低, 术前准确诊断极具挑战性^[2]。其发病年龄尤以 40 ~ 70 岁中老年人多见, 男女性别差异不大^[3]。临床上常无症状或症状不典型, 部分患者可有急性阑尾炎、肠梗阻等相似症状。病灶体积较大时, 腹部可扪及椭圆形肿物^[4]。有时会出现肿块压迫引起泌尿系梗阻、血管受压等症状。少数可并发蒂扭转等严重并发症^[5]。本文患者以急性肠梗阻的症状和体征入院, 急诊行剖腹探查后得以明确梗阻原因。术后追问病史, 患者既往有间断右下腹轻微疼痛不适 20 余年, 因不影响日常生活, 患者未予重视。阑尾黏液性囊腺瘤术前诊断困难, 除临床中罕见外, 还因为该病通常以并发症的方式发病^[6]。

本文对 2 个案例的回顾与总结, 提高了对该类疾病诊断、治疗的认识: ①在询问病史时注意追问患者症状的起始时间, 以判断症状是突发还是进行性加重, 有利于手术时机的把握; ②结合 CT 检查初步判断梗阻部位、原因, 在排外常见原因的情况下可考虑周围脏器粘连卡压的可能; ③对于以急性肠梗阻表现的患者在关注急性症状与体征的同时不要忽视掩盖之下原发病的症状与体征; ④手术切除阑尾黏液性囊腺瘤既是治疗也是诊断本病的重要手段, 具体手术方式的选择应根据肿瘤的部位、大小、性质及其与周围组织脏器的关系而定, 但基本原则是要完整切除病灶^[6]; ⑤对于类似本文中阑尾粘连引起的肠梗阻的治疗, 在患者入院后, 应在非手术治疗的同时作好术前准备, 一旦病情加重, 应立即转向手术治疗, 术中在切除粘连索带, 解除肠梗阻、行肠减压的同时应判断卡压带临近肠管血运情况, 切除缺血坏死肠管^[7]。

参 考 文 献:

- [1] ZAGRODNIK D F, ROSE D M. Mucinous cystadenoma of the appendix: diagnosis, surgical management, and follow-up[J]. *Curr Surg*, 60(3): 341-343.
- [2] HASSAN S, DHEBRI A, LIN L, et al. Appendiceal mucocele: a missed diagnosis[J]. *BMJ Case Rep*, 2013: DOI: 10.1136/bcr-2012-007983..
- [3] ROUCHAUD A, GLAS L, GAYET M, et al. Appendiceal mucinous icystadenoma[J]. *Diagn Interv Imaging*, 2014, 95(1): 113-116.
- [4] 林建生, 王和良, 吴建安. 阑尾粘液性囊腺瘤 1 例 [J]. *中国临床医学影像杂志*, 2005, 16(11): 607.
- [5] PERSAUD T, BUCKLEY O, GEOGHEGAN T, et al. Giant mucinous cystadenoma of the appendix presenting with contralateral ilio-femoral deep venous thrombosis (2005: 7b)[J]. *Eur Radiol*, 2005, 15(10): 2212-2213.
- [6] 陈邑岐, 史仁杰, 奚学荃. 阑尾粘液性囊腺瘤 1 例报告及文献复习 [J]. *罕见疾病杂志*, 2008, 15(2): 47-49.
- [7] 陈绍礼. 阑尾系膜残端粘连索带致肠梗阻 10 例分析 [J]. *吉林医学 (综合版)*, 2004, 25(3): 72.

(李科 编辑)